

ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER

재무 지원 정책

일반 요약

저희 재무 지원 정책(아래 참고 자료 참조)에 따라, 가입한 보험이 없고, Medicaid 또는 Charity Care 로부터 승인을 받지 않은 모든 환자들은 EHMC 에서 재무 지원을 받을 수 있습니다. 이에 해당하는 환자의 경우 실제 비용에서 “할인”을 받아 본인 부담금이 대폭 감소한 청구서를 받게 됩니다. 보험 미가입 환자에게는 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에 대해 할인된 비용을 초과하는 비용이 청구되지 않습니다.

모든 보험 미가입 환자는 자동으로 자격 대상이 되어 상기에 설명된 할인을 받을 수 있으므로 재무 지원을 신청할 필요가 없습니다. 보험 미가입, 응급 치료 또는 의학적으로 필요한 치료 이외의 다른 필수 자격 기준은 없습니다.

다음 정책은 Englewood Hospital and Medical Center 웹 사이트

www.Englewoodhealth.org 에서 확인할 수 있습니다.

재무 지원 정책

뉴저지 병원 의료비 지원 프로그램(Charity Care)

청구 및 수급 정책

상기 정책의 사본은 EHMC(주소: 350 Engle St. Englewood, NJ 07631)의 등록처 및 재무 상담 부서에서도 받을 수 있습니다.

상기에 언급한 정책의 무료 사본을 우편으로 받으실 수도 있습니다. 정책 사본을 받으시려면

(201) 894-3031 번으로 전화해 주십시오. 재무 지원 정책에 대해 궁금한 사항은 월요일-금요일, 오전 9 시-오후 5 시 사이에 담당자에게 (201) 894-3031 번으로 연락해 문의하실 수 있습니다.

상기의 정책은 다음의 언어로 제공됩니다.

영어

스페인어

한국어

중국어

러시아어

일본어

이탈리아어

타갈로그어

아랍어

구자라트어

그리스어

포르투갈어/포르투갈 크리올어

세르비아 크로아티아어

아르메니아어

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호. : 400.35
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 금융 지원 정책	날짜: 1/1/2016
		1/3 페이지
		대체: 신규
		검토:

정책

EHMC(Englewood Hospital and Medical Center)는 환자의 지불 능력에 관계없이 모든 응급 및 의학적으로 필요한 치료에 대해 모든 환자를 치료합니다. EHMC는 N.J.S.A §26:2H-12.52 “특정 비보험 환자에 대한 비용 제한”에 명시된 청구 지침에 따라 채택 및 확대되었으며, 소득에 관계없이 모든 비보험 환자에게 금융 지원을 제공합니다. 이 정책은 EHMC가 제공하는 모든 의학적으로 필요한 진료 및 비상 진료 서비스에만 적용되며, 해당 진료와 관련된 전문가 서비스에는 적용되지 않습니다.

절차

- 1.) 뉴저지 주 의료비 보조(뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(Hospital Care Payment Assistance Program)/자선 진료 정책(Charity Care Policy) 참고)를 신청하지 않은 모든 비보험 환자에게는 총액에서 일정 비율이 청구됩니다. 주 법률에서 요구하는 바와 같이, 이러한 감액은 EHMC 메디케어 요율의 115%와 같습니다. EHMC는 모든 메디케어 지불금을 이전 12개월에 대한 모든 메디케어 총액으로 나누는 “Look-Back Method”를 사용해 청구할 금액을 결정합니다. 이 방법에 대한 예외는 미용 성형외과 같이 의학적으로 반드시 필요하지는 않은 특정 절차에 대한 자선 결정자가 지불 요율이 있는 경우입니다.
- 2.) EHMC는 모든 데이터를 활용해 IRS 섹션 501(r) 규정에 따라 위의 #1 에 정의되고 계산된 비율을 501(r)에 정의된 “Look-Back Method”와 비교하며, 환자 할인 비율을 두 가지 중 큰 비율까지 조절합니다. 계산은 501(r)에 따라 전체적으로 이루어져 개별 서비스 기준이 아니라 모든 비보험 서비스에 적용될 할인 비율을 결정합니다. 계산은 매년 이루어지며 연말 이후 60일 이내에 시행됩니다.

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호. : 400.35
정책 및 절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 금융 지원 정책	날짜: 1/1/2016
		2/3 페이지
		대체: 신규
		검토:

- 3.) 모든 비보험 환자 청구액이 자동으로 위의 #1에 기술된 총액의 비율로 감액되기 때문에 비보험 환자는 금융 지원을 신청할 필요가 없습니다. 환자가 보험이 없으며 서비스가 비상 또는 의학적인 필요에 따라 제공된다는 것 외에 “제한” 기준은 없습니다.
- 4.) 환자의 보험 회사에서 다음과 같은 이유로 청구를 거부하는 경우, 혜택 소진, 실험, 의학적 필요성, 기존 조건, 비적용 대상 청구 등. 위의 #1에 기술된 바와 같이 환자에게 총액의 비보험 비율로 청구됩니다.
- 5.) 뉴저지 주 의료비 보조 프로그램(Hospital Care Payment Assistance Program)/뉴저지 주 의료비 보조 프로그램을 통한 지원 신청 절차에 대한 자선 진료 정책(Charity Care Policy)/EHMC의 자선 진료
- 6.) EHMC 청구 및 징수 절차는 청구 및 징수 정책을 참조하십시오.
- 7.) 이 정책은 메디컬 센터 내 모든 환자 접근 구역 및 모든 EHMC 이외의 장소는 물론이고 금융 지원 부서에서 하드카피로 확인할 수 있습니다. 이 정책은 또한 EHMC 웹사이트(www.inglewoodhealth.org)에서 확인할 수 있습니다.

EHMC(ENGLEWOOD HOSPITAL AND MEDICAL CENTER)		번호. : 400.35
정책 및절차 설명서- 섹션 관리 및 지원 서비스	주제: 금융 지원 정책	날짜: 1/1/2016
		3/3 페이지
		대체: 신규
		검토:

	<p>승인자:</p> <p>Warren Geller, 회장 겸 CEO</p>

ENGLEWOOD HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Patient's Name _____

Patient's Address _____

Patient's Date of Birth _____

Does the patient have insurance coverage? (Circle One) Yes No

Guarantor's Name _____

Patient or Guarantor's Signature _____

Date of Application _____

As stated in #3 of Englewood Hospital's Financial Assistance Policy, uninsured patients do not need to apply for financial assistance because all uninsured patient bills are automatically reduced to a percentage of gross charges as described in #1 of the Financial Assistance Policy. There are no qualifying criteria, other than the patient having no insurance and the service provided being emergent or medically necessary.

Paper copies of this application are available in the Financial Counseling Department and all Patient Access areas.